様式第１号（第４関係）

(表面)

介護保険要介護認定審査資料の開示申請書

　　年　　月　　日提出

鳥取市長　様

受付整理番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者欄 | 氏名 | (フリガナ)  （自署の場合は押印不要） | | 男 ･ 女 | 1明治．2大正．3昭和．4平成  　　　　　　　年　　月　　日生 | | |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  (　　　　)　　　― | | | | | |
| 被保険者との関係 | | 1 本人　2 家族等　3 代理人 | | | 代理関係 |  |
| 利　用　目　的 | |  | | | | |

　※　本人確認書類に印鑑登録証明書を提出する場合のみ、登録印を押印してください。

　※　代理人の場合は委任状を添付してください。

　※　別居の家族等の場合は、被保険者との関係が分かる書類（戸籍の写し等）を添付してください。

　　次のとおり介護保険要介護認定審査資料の開示(閲覧・写しの交付)を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者欄 | 被保険者番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名 | (フリガナ) | | | | | 男･女 | 1明治．2大正．3昭和．4平成  　　　　　　　年　　月　　日生 | | | | | | |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  (　　　　)　　　― | | | | | | | | | | | | |

　※　申請者が被保険者本人の場合は、「氏名、生年月日及び住所」欄の記入は必要ありません。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 開示申請の範囲 | | 現在申請分 | 過去の申請分(　　～前回分) |
| 認定審査資料名 | 認定調査票 |  |  |
| 主治医意見書 |  |  |

　※　開示を申請する認定審査資料名欄に○印を記入して選択してください。

　※　被保険者本人(代理人を含む)が主治医意見書の交付を申請される場合、交付までの期間が最大1月程度かかります。

　※　資料の写しの交付を希望される場合は、資料作成実費としてコピー1枚(片面)につき10円をご負担いただきます。

　※　受領の際にご記入ください。

　　　　確かに介護認定調査票を　　　　枚受け取りました。

　　　受領日　　 　　　　　　年　 　月　 　日

申請者署名

(裏面)

委任状

私は、介護保険要介護認定審査資料の開示申請に関する一切の権限を次の者に委任します。

　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 委任者 | | 受任者（代理人） | |
| 住所 |  | 住所 |  |
| 氏名 | （自署の場合は押印不要です。） | 氏名 |  |
| 生年 月日 |  | 生年 月日 |  |

※　以下の各欄は記入する必要がありません。

1　本人確認書類

　　【1点で可】

|  |
| --- |
| 個人番号カード　　運転免許証　　旅券　　身体障害者手帳　　療育手帳 精神障害者保健福祉手帳　　在留カード　　特別永住者証明書　　 その他（　　　　　　　　　　　） |

　　【2点必要】

|  |
| --- |
| 医療保険資格確認書　　介護保険被保険者証　　介護保険負担割合証　　年金証書等 精神障害者保健福祉手帳（写真なし）  その他（　　　　　　　　　　　　　　） |

2　親族関係の確認書類

|  |
| --- |
| 戸籍謄本（抄本）　　　住民票　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |

3　代理人に係る確認書類

|  |
| --- |
| 委任状　　　登記事項証明書　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　） |